

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

301

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François-Marie MAHÉ

Né le 22 Août 1906, à Plougastel-Daoulas (Finistère)

**Contribution à l'étude du traitement
de l'Infection puerpérale
Présentation d'un nouveau dispositif
de drainage et lavage utérin**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

FONTAINEBLEAU
LIBRAIRIE BIZOT
Rue de la Paroisse,

—
1934

1883

1883

DOCTORAT EN MÉDECINE

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François-Marie MAHÉ

Né le 22 Août 1906, à Plougastel-Daoulas (Finistère)

Contribution à l'étude du traitement de l'Infection puerpérale Présentation d'un nouveau dispositif de drainage et lavage utérin

Président : M. BRINDEAU, Professeur

FONTAINEBLEAU
LIBRAIRIE BIZOT
Rue de la Paroisse,

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Patholog. chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologiç.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathol. expérimentale.
LEVEUF Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologiç.
PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
PIÉDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Patholog. chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Patholog. chirurgicale.
SEZARY Dermatol. et syphiligr.
TROIISIÉ Pathol. expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophthalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiç.
LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON FRÈRE JEAN

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON TUTEUR : MAX VIDAL

*En témoignage de ma reconnaissance et de
mon amitié, faible contre-partie des sacri-
fices qu'il s'imposa pour moi.*

A MADAME SANDHERR-ZÉDÉ

En gage de mon grand respect.

A MES AMIS : Jenny et Maurice BEX

*En témoignage de ma reconnaissance, pour
l'accueil affectueux, les conseils et l'in-
térêt qu'ils n'ont jamais cessé de me pro-
diguer.*

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS : GOSSET
BEZANÇON
GUILLAIN
AUBERTIN
LÉVY-SOLAL

MM. LES DOCTEURS : AVIRAGNET
RENÉ BÉNARD

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE FONTAINEBLEAU

M. LE DOCTEUR CORDEY
Médecin de l'Hôpital
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

M. LE DOCTEUR MATRY
Chirurgien de l'Hôpital
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

M. LE DOCTEUR PHILARDEAU
Chirurgien de l'Hôpital
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*En témoignage de ma reconnaissance pour
l'enseignement qu'ils m'ont donné et pour
l'intérêt qu'ils m'ont toujours porté.*

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris

*Je le remercie du grand honneur qu'il me
fait en acceptant de présider ma thèse.*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Si, grâce aux grandes règles de prophylaxie actuelle, nous ne voyons heureusement plus cette redoutable complication ravager les maternités, il s'en faut de beaucoup qu'elle en soit complètement disparue.

La question du traitement de l'Infection puerpérale qui tient, on le conçoit, une place si importante dans l'obstétrique contemporaine a, depuis l'ère pasteurienne suscité de nombreux congrès tant en France qu'à l'étranger, et l'avis des auteurs sur la conduite à tenir en cas d'Infection puerpérale est loin d'être unanime.

Malgré la mise en œuvre d'une foule de procédés thérapeutiques, il n'existe pas pour le moment du moins, de traitement spécifique de la maladie. Aussi bien le devoir de l'accoucheur doit-il consister avant tout à la prévenir, à l'éviter et si elle se produit, à la traiter dès le début alors que l'Infection n'a pas franchi la barrière leucocytaire et envahi l'appareil circulatoire.

Il a été préconisé de tout temps deux sortes de traitement de l'Infection puerpérale :

- le traitement local,
- le traitement général.

Seul le premier nous intéressera dans notre travail.

Nous n'avons pas la prétention d'ajouter à la liste déjà longue de la thérapeutique de la fièvre puerpérale, un nouveau traitement local, nous essayons simplement par notre nouveau procédé d'améliorer une technique déjà employée et reconnue efficace : le drainage et l'irrigation continue.

Il nous semble que l'éloge du drainage et du lavage de la muqueuse utérine dans l'infection puerpérale à point de départ utérin, n'est plus à faire. L'indication raisonnée et la réalité des faits sont là pour le démontrer.

Bar, Brindeau recommandent le drainage dans leur traité d'obstétrique. L'irrigation continue qui remonte à Bérard (1835) est recommandée par Pinard, Brindeau la conseille dans le cas de fétidité des lochies.

Plus récemment, cette méthode trouve de nombreux partisans : Goulot, Anderodias, Lapeyre, Besson préconisent le drainage systématique après révision utérine pour traiter l'endométrite en favorisant l'évacuation des produits septiques.

INDICATIONS

Sans être absolu on peut dire d'une manière générale que le traitement s'applique plus facilement et de façon plus efficace aux infections post-partum qu'aux infections post-abortum.

Dans ces derniers cas les moyens chirurgicaux, depuis l'écouvillonnage préconisé par Budin et Bar jusqu'au curettage et à l'hystérectomie semblent être employés de préférence. On a d'ailleurs une difficulté réelle à placer des drains fonctionnant bien dans une petite cavité utérine dont l'orifice cervical est souvent mal dilaté.

a) *La coudure utérine*

L'indication idéale est la coudure utérine dans les jours qui suivent l'accouchement. L'utérus se porte soit en rétroflexion, soit plus souvent en antéflexion, et se coudant au niveau du segment inférieur empêche l'écoulement des lochies et favorise la pullulation des germes septiques à l'intérieur de l'organe, il en résulte un arrêt dans l'involution de l'utérus qui devient gros, mou, pâteux, sans grosse réaction générale, quelquefois un frisson, une ascension thermique à 38°, 39°.

L'introduction de drains et l'institution de lavages continus ou intermittents fait merveille ; en

général tout rentre dans l'ordre en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

b) *Fétidité des lochies sans atteinte profonde
de l'endomètre*

Très fréquemment on rencontre chez les accouchés dans les premiers jours du post-partum des modifications des lochies ; elles deviennent épaisses, brunâtres, d'odeur fade ou fétide, diminuent de quantité ; les signes fonctionnels et généraux sont au second plan, la température et le pouls peuvent ne pas être modifiés notablement, le plus souvent on note $37^{\circ}3$, $37^{\circ}4$, le matin, 38° , $38^{\circ}5$ le soir avec un excellent état général.

Le même traitement donne de bons résultats.

c) *L'endométrite puerpérale avec suppuration*

La suppuration de l'endomètre post-partum quelle qu'en soit la cause est aussi très heureusement influencée par le traitement local.

L'infection à point de départ utérin se présente ici, comme une forme déjà plus sévère. Débutant en général entre le 3^e et le 6^e jour post-partum, elle apparaît parfois plus précocement.

Cliniquement cette forme se traduit par une brusque ascension thermique des frissons répétés, des sueurs. L'utérus est mal involué, douloureux à la palpation, gros, mou, les lochies sont franchement fétides.

Aussitôt traitée par drainage et lavage utérin cette forme guérit en quatre ou cinq jours. Nous

voyons parfois l'infection résister plus longtemps et la guérison survenir plus lentement.

Nous sommes quelquefois, hélas désarmés, dans les cas où l'infection a tendance à dépasser l'endomètre, à envahir la musculuse et les tissus sous-séreux, déterminant salpingite et péritonite d'une part ; septicémie et pyohémie d'autre part.

Dans de telles éventualités on ne peut influencer favorablement l'infection pelvienne et la septicémie que par un traitement général, inutile de perdre son temps avec un traitement local, tel que lavage de la muqueuse, aussi soigneux soit-il.

De même qu'il serait illusoire d'appliquer ce traitement dans les cas d'infection puerpérale sans suppuration de l'endomètre ressortissant à une inoculation septique avec septicémie d'emblée.

Bref, le drainage et le lavage utérin rendront service dans :

la coudure de l'utérus,

la suppuration de l'endomètre au stade muqueux, mais qu'on ne s'y trompe pas c'est la majorité des cas.

Il est encore indiqué à titre préventif après les accouchements pénibles avec manœuvres intra-utérines répétées, lorsque l'on n'aura pas pu prendre toutes les précautions désirables au cours d'un accouchement, chez les multipares ayant présenté à leurs précédents accouchements une infection puerpérale. Enfin il est préconisé avant et après le curetage.

DES DIVERS PROCÉDÉS DE DRAINAGE UTÉRIN

LEUR APPLICATION DANS L'IRRIGATION UTÉRINE

Le premier qui conçut l'idée du drainage pour favoriser l'écoulement lochiale dans la coudure de l'utérus fut Mouchotte qui mit au point un drain métallique. Son procédé fit beaucoup d'adeptes et nombreuses sont les modalités de drains employés, chaque auteur possède son drain.

Nous trouvons, en effet, à côté du drain de Mouchotte les drains de Fehling : tube de verre perforé, les cylindres en aluminium fenêtrés de Petit, de Lefour, le drain en argent de Milton et encore bien d'autres que je ne citerai pas.

Tous ces drains quoiqu'ayant donné satisfaction à leurs auteurs ont des inconvénients : ils sont difficiles à maintenir en place, on est obligé de recourir à des procédés spéciaux, souvent traumatisants, tels que sutures qui déchirent le col ; tampon vaginal qui finit par faire obstacle à l'écoulement des lochies. On conçoit encore que le séjour d'un corps étranger rigide dans un utérus qui tend à s'infecter ou qui l'est déjà, détermine une irritation de ses parois, y provoque des érosions favorisant l'extension rapide de l'infection.

Il arrive encore que ces drains se bloquent dans

la cavité utérine et quand on les retire ils rabotent la muqueuse, ce qui, comme nous l'avons vu n'est pas à souhaiter.

Enfin on a signalé des perforations utérines chez des infectées agitées.

Les drains de caoutchouc souple trouvent plus de crédit auprès des auteurs. Les drains en T, les drains de Boissard, de Bonnaire, d'Ascheff, sont déjà moins traumatisants pour la muqueuse utérine et résistent mieux par leur forme aux contractions utérines.

Malgré tout, ces procédés sont peu commodes quand on veut compléter le drainage par l'irrigation continue ou discontinue de la muqueuse utérine ; méthode que nous suivons toujours.

Comme nous l'avons déjà indiqué, cette irrigation ne date pas d'hier puisque Bérard en 1835 la préconise, après lui Schucking en 1877 obtient de bons résultats, puis Schrader, Löwenstein, Snegureff à l'étranger, Pinard et Warnier en France vulgarisent la méthode ; Goilot, Anderodias, dans leurs travaux rapportent des observations concluantes.

Goilot (thèse 1917) se sert d'une sonde de nélaton à l'extrémité de laquelle il fixe par quelques points, une mèche de gaze stérile qu'il enroule ensuite autour du corps de la sonde. Après avoir imbibé la mèche d'une solution de Dakin, il introduit son dispositif mèche-sonde jusqu'au fond de la cavité utérine, et toutes les 2 ou 3 heures, il injecte

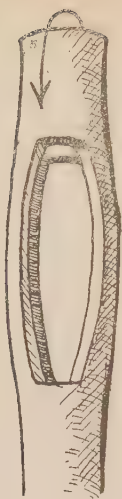


Fig. I



Fig. II

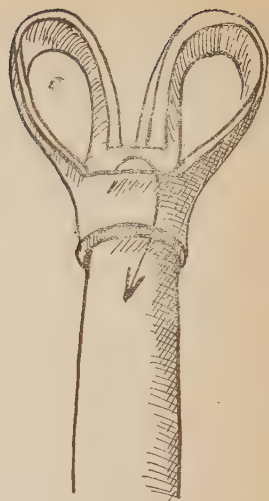


Fig. III

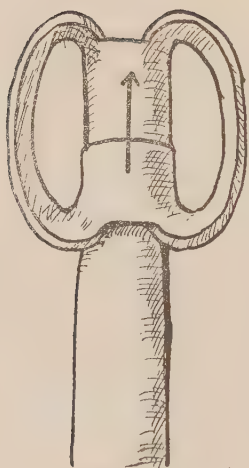


Fig. IV

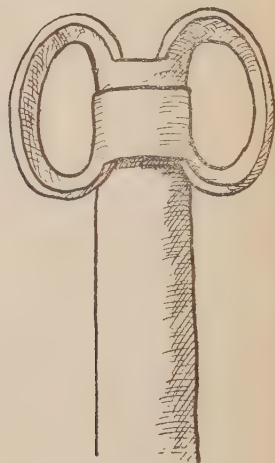


Fig. V

par l'extrémité libre de la sonde, du Dakin qui par continuité vient mouiller la mèche et irriguer la cavité utérine en assurant la désinfection de la muqueuse en contact.

L'auteur lui-même reconnaît l'imperfection de son dispositif, il est mal commode, difficile à supporter, il est fréquent de retrouver la mèche dans le vagin, expulsée par les contractions utérines. Cette mèche a encore le grand inconvénient de s'imprégner de mucosités plus ou moins épaisses et partant d'entraver le drainage. Néanmoins l'auteur obtient une désinfection suffisante de la muqueuse.

Anderodias qui reste un fervent défenseur de la méthode emploie un dispositif plus simple : une sonde cylindrique en gomme qu'il pousse jusqu'au fond de la cavité utérine, l'extrémité libre est fixée à la cuisse de la malade. Toutes les deux ou trois heures il injecte une solution antiseptique dans la sonde.

Son procédé évidemment plus simple dans son application est loin d'être parfait ; cette sonde de petit calibre verra sa lumière assez souvent obstruée par des caillots et d'autre part elle sera facilement expulsée par les contractations utérines.

Le Docteur Chalochet d'Abbeville a essayé d'améliorer la technique de l'irrigation utérine en créant un système de drains en caoutchouc souple, couplés en canon de fusil et pourvu d'ailettes pour son maintien dans la cavité utérine.

Ce dispositif qu'on trouve couramment dans le commerce possède à notre avis un tube d'évacuation trop petit qui s'obstrue facilement et d'autre part il y a intérêt comme on le verra plus loin dans l'application de notre dispositif, à ce que l'orifice du drain d'adduction ne soit pas au même niveau que celui du drain d'évacuation, ce qui est impossible avec le dispositif du Docteur Chalochet. Ces critiques s'appliquent aussi bien au drain de Troisier.

Quant aux sondes de Petzer, elles présentent des yeux trop petits et le rétrécissement qui existe auprès du chapeau favorise l'obstruction de la sonde par les caillots.

La simple mèche de gaze stérile a été aussi préconisée pour drainer les utérus infectés. Fortement imbibée cette mèche ne draine plus, bouche l'organe et entretient l'infection. Ce procédé dangereux doit être proscrit.

A notre tour, avec le Docteur Philardeau, dans le service de la maternité de l'Hôpital de Fontainebleau, nous nous sommes efforcés de mettre au point un dispositif nouveau, simple dans sa confection et dans son application.

La façon dont est confectionné ce drain serait fastidieuse à décrire. Comme le montrent les figures très explicites que nous avons faites, le drain peut se réaliser extemporanément avec un tube de caoutchouc souple ordinaire ; en un tournemain on obtient de ce simple tube un drain à ailettes. Cela per-

met d'en avoir toujours à sa disposition, et d'avoir la faculté d'en choisir le diamètre à volonté.

Dans nos services nous abandonnons ce travail très facile à nos infirmières qui les confectionnent très rapidement.

Ce dispositif doit comprendre :

I. — Au minimum deux drains, l'un adducteur, l'autre évacuateur.

II. — Ils doivent être toujours de gros calibre 36 mm. environ, entrer à frottement dans le col. On aura dans certains cas, intérêt à en mettre trois.

III. — Ces drains auront des ailettes de dimensions suffisantes pour résister aux contractions utérines ; l'un des premiers effets du drainage, pouvant avoir pour résultat, comme nous l'avons signalé, l'expulsion des drains.

IV. — Ils seront suffisamment longs pour descendre à la vulve.

APPLICATION DU DISPOSITIF

La pose des drains est extrêmement facile, et nous n'avons rencontré de difficulté réelle que dans

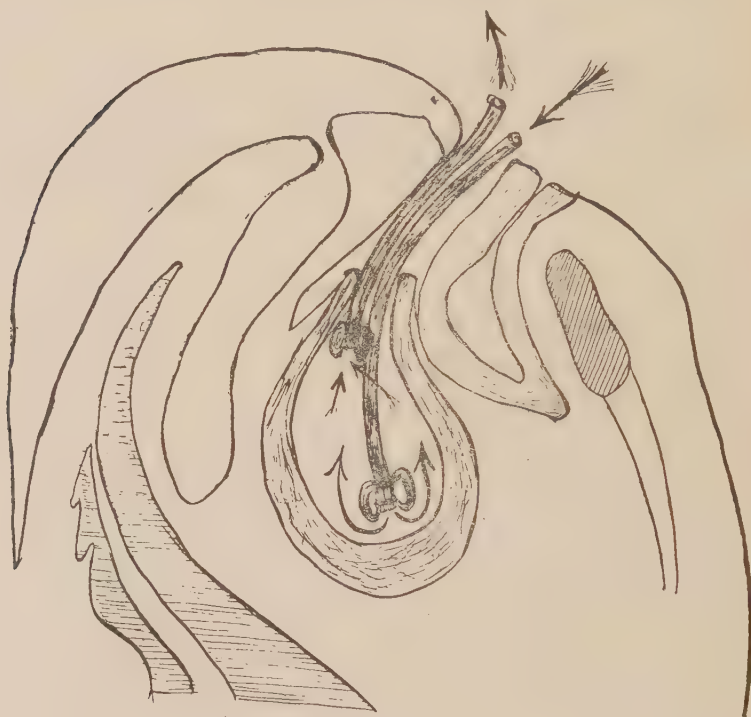


Fig. VI

les infections puerpérales post-abortum, avec col peu dilaté et petite cavité utérine.

La malade étant en position gynécologique, le vagin est dilaté avec des valves, ou si l'on manque d'aide pour tenir les valves, avec un spéculum qui tient seul. Le col est saisi au niveau de ses lèvres par une pince de Museux et attiré vers le bas. La cavité utérine est préalablement explorée avec le doigt pour la vider des caillots et débris placentaires possibles.

Ce n'est qu'après cette exploration intra-utérine que l'on introduit les drains à l'aide de la pince porte-ballon de Champetiers de Ribes, les pinces clamp ne valent pas pour cet usage.

On aura bien soin d'aplatir les ailettes entre les branches de la pince.

Après s'être assuré que les drains sont bien en place, qu'ils ne sont pas coudés, on lâche la crémaillère de la pince et on retire les branches l'une après l'autre.

Pour que l'organe soit baigné par le liquide antiseptique, il est indispensable de s'assurer que l'orifice du drain adducteur se trouve au fond de la cavité et l'orifice du drain évacuateur au niveau de l'orifice interne du col. Avant de remettre la femme dans son lit on contrôlera la bonne circulation dans le dispositif en y faisant passer un courant de liquide désinfectant, opération que l'on renouvelera toutes les deux heures, si nous instituons une irrigation discontinue ; ou en goutte à goutte si nous instituons une irrigation continue. Le premier procédé est préférable, il est mieux supporté

par les malades, parce que moins irritant et moins fatigant.

Le liquide de lavage est un antiseptique faible, et d'autant plus faible si l'on pratique des instillations permanentes goutte à goutte, car il devient dangereux quand il est en contact prolongé avec la muqueuse.

Nous employons communément et indifféremment la solution iode-iodurée très étendue, la solution de Dakin ou l'eau oxygénée très étendue.

La durée du traitement sera dictée par la forme clinique de l'infection et par son évolution.

Suivant les cas, les drains peuvent rester en place de deux à huit jours. En général nous les enlevons après quarante-huit heures d'apyrexie et neuf fois sur dix la guérison est complète.

Dans les cas graves, dans les formes prolongées, nous vérifions la bonne circulation dans les drains ; il nous arrive de les enlever et de les remettre après les avoir nettoyés.

Exceptionnellement nous les avons vu tomber chez les infectés graves qui s'agitaient.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sur le traitement local sans souligner que le drainage et le lavage utérin n'excluent aucunement la médication générale.

Nous avons toujours obtenu d'excellents résultats en y associant le traitement général, dans les formes d'infection puerpérale plus sévères : la sérothérapie, la vaccinothérapie, les chocs hémoclas-

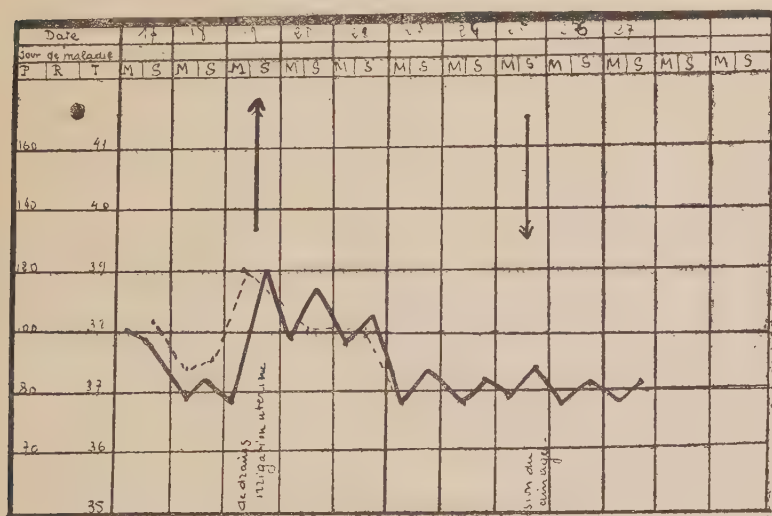
ques, les abcès de fixation, auxquels nous accordons surtout une valeur pronostic. Dans les derniers temps nous avons préconisé avec succès l'emploi de la septicémine.

L'on voit en définitive que le mal qu'on est appelé à se donner et à exiger du personnel a heureusement d'excellents résultats dans la grande majorité des cas et les quelques observations accompagnées de graphiques de température qui terminent cette thèse sont bien significatives.

COUDURE UTÉRINE

OBSERVATION I

Mme T... Marie, 25 ans : Accouchement normal à terme le 16 août, en ville. Délivrance spontanée, légère déchirure du périnée. Deux points de suture au crin.



I. Obs. I.

- Obs. I -

Le soir de l'accouchement, le médecin constate une légère ascension thermique : 38°. Pouls à 104.

Le lendemain 17 août : Température 37°9, le médecin ne découvre rien, mais fait mettre une vessie de glace sur le ventre.

Le 18 août : Les lochies diminuent, l'utérus est légèrement douloureux à la palpation, apyrexie : 37. Pouls 90.

Le 19 août : Brusquement, la température monte à 39°. Pouls à 120. Légers frissons. Localement, l'écoulement lochial est arrêté, l'utérus est toujours sensible. Prudemment le médecin conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

A son entrée : utérus sensible à la palpation, gros, mou, mal involué et en anteflexion, coudé au niveau de son segment inférieur.

TRAITEMENT. — Introduction de deux drains qui rectifient la position vicieuse de l'utérus, favorisent son évacuation ; en effet, il s'écoule aussitôt un flot lochial, épais, fétide. On complète le drainage par l'irrigation.

Le 20 août. Après une nuit d'irrigation continue, la température descend à 37°9. Pouls à 100.

Le 21 août. L'irrigation continue est remplacée par l'irrigation intermittente. La température est à 37°7 ; le pouls à 100.

Le 22 août. Température à 36°6. Pouls : 80.

Les 23-24-25 août, la température oscille entre 37°5. Pouls à 80. On supprime les drains.

Deux jours après, la femme quitte le service : l'utérus en bonne involution a repris sa position normale, n'est plus douloureux, après trois jours d'apyrexie.

OBSERVATION II

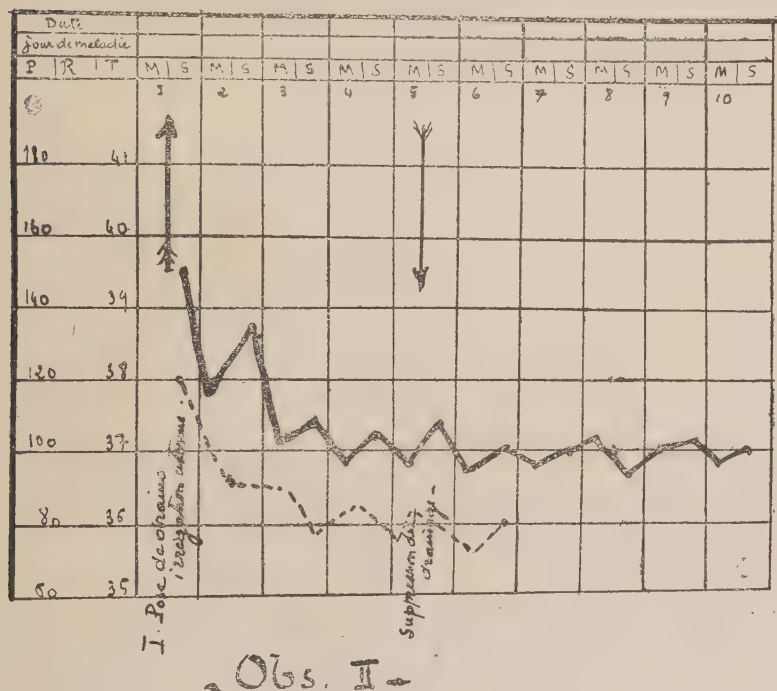
Mme S... Hélène, accouche le 4 octobre en ville. Deuxième pare. Accouchement normal fait par une sage-femme.

Jusqu'au 9 octobre, nous n'avons aucun renseignement quant aux suites de couches.

Le 9 octobre, l'accouchée est adressée à l'hôpital avec

une température à 39°5, un pouls à 120. Quelques petits frissons.

Examen : utérus antéfléchi, gros, mou, sensible à la palpation. Arrêt de l'écoulement lochial.



TRAITEMENT. — Des drains sont posés, une irrigation intermittente toutes les deux heures instituée.

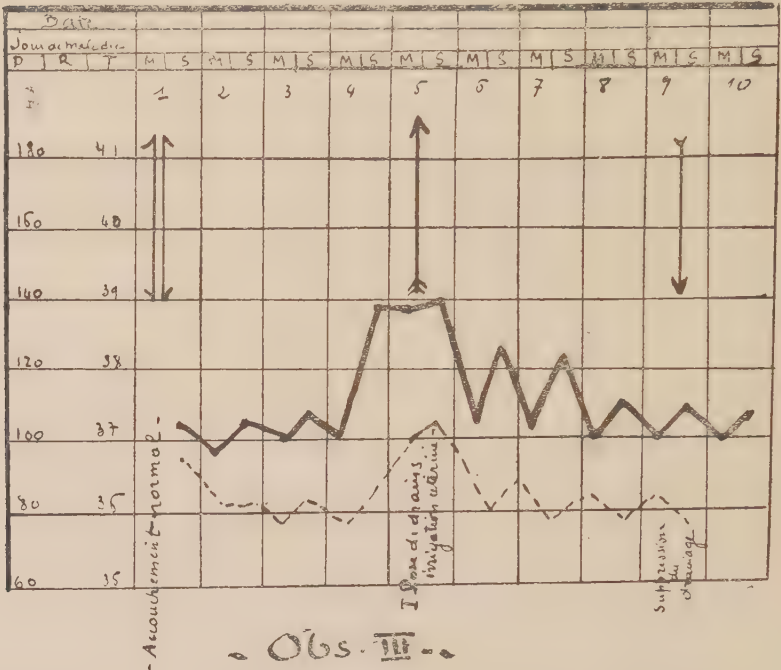
Le 10 octobre. La température descend à 37°9. Pouls à 90. Le drainage et l'irrigation fonctionnent bien.

Les 11 et 12 octobre, la température est à 37°2, on supprime les drains et le dixième jour, la femme quitte le service, l'utérus bien involué, les lochies normales.

OBSERVATION III

Mme B... Louise, deuxième pare. Accouchement normal à la maternité de l'hôpital. Délivrance spontanée complète.

Le quatrième jour. Ascension thermique à 38°9. Pouls 80. Pas de frisson. Bon état général.



Examen : Utérus gros, mou, antéfléchi, écoulement lochial insignifiant, un peu fétide.

Le cinquième jour, l'écoulement lochial est complètement arrêté, et la fièvre s'allume, 39°. Pouls 104.

TRAITEMENT. — Réduction de l'antéflexion utérine par l'introduction des drains, écoulement d'un flot de lochies fétides. Irrigation discontinue au Dakin toutes les deux heures, excepté la nuit.

Le sixième et le septième jour. Température à $37^{\circ}4$ le matin, $38^{\circ}4$ le soir. Pouls à 80.

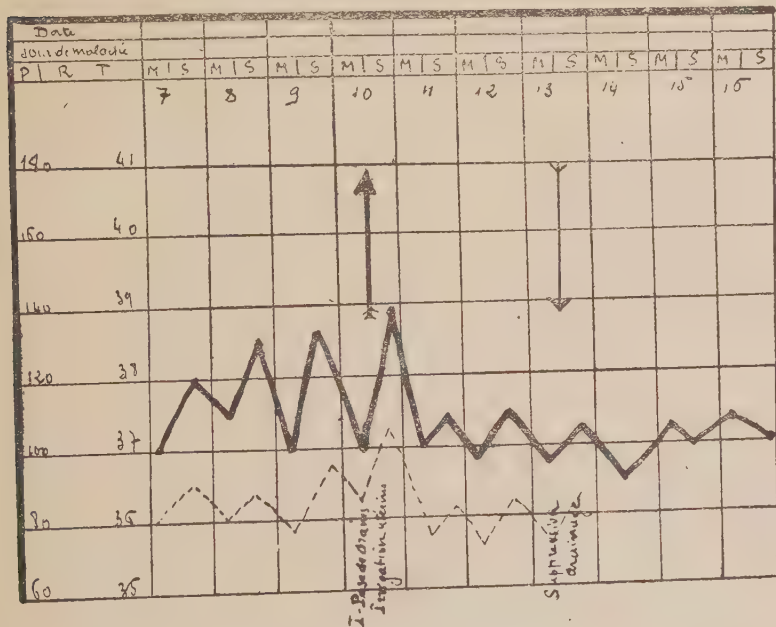
Le huitième jour, chute de la température à 37° , à partir de ce jour, apyrexie.

Les drains sont supprimés le neuzième jour. Une injection chaude vaginale. matin et soir, au Dakin et le quinzième jour, la femme quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION IV

Mme C... Anna, troisième pare. Accouchement normal à terme. Délivrance spontanée complète.

Le septième jour : Température : 38° , sans autre signe ; peut-être une légère diminution du flot lochial.



- Obs IV -

Le huitième et le neuvième jour. Température à 38°5 le soir. Rétention complète des lochies.

Le dixième jour. Pas d'amélioration, température à 38°9.

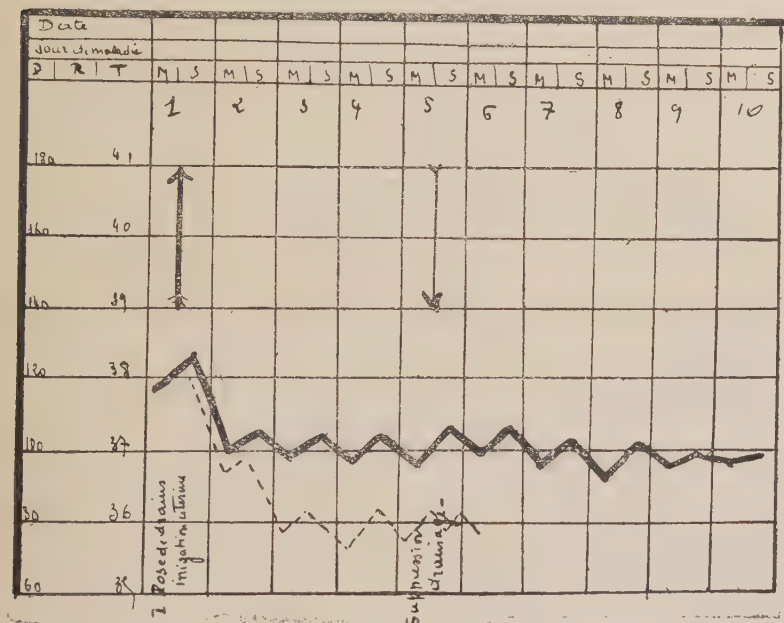
TRAITEMENT. — Drainage et lavage intermittent.

Le onzième jour, la température est descendue à 37° et, au bout de quarante-huit heures d'apyrexie, le drainage est supprimé, les injections vaginales sont continuées matin et soir. La malade quitte le service le dix-huitième jour, en excellent état, utérus normal en bonne involution.

FÉTIDITÉ DES LOCHIES CONSÉCUTIVE A UNE LÉGÈRE ENDOMÉTRITE

OBSERVATION V

Mme G... Germaine, 28 ans, deuxième pare. Accouchement à terme en ville, délivrance artificielle le 3 août.



- obs. V -

L'accouchée est suivie par son médecin qui, jusqu'au 6 août, ne constate aucun phénomène pathologique.

Le 6 août, au soir. Température 38°4. Pouls 120. Lochies fétides, épaisses, brunâtres. Le médecin décide de l'envoyer à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Les lochies sont en effet très fétides, l'utérus est légèrement gros et sensible, le col est ouvert.

TRAITEMENT. — Introduction de deux drains avec irrigation discontinue toutes les deux heures.

Le 7 août. La température descend à 37° , le pouls à 90.

Les jours suivants, la température oscille entre $36^{\circ}9$ et $37^{\circ}4$.

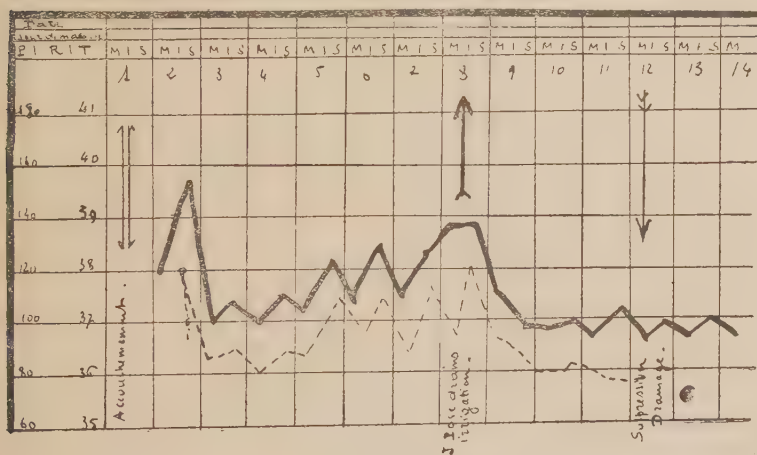
Le cinquième jour, le traitement local est supprimé.

La malade quitte le service le neuvième jour, complètement rétablie.

ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE POST-PARTUM AVEC SUPPURATION

OBSERVATION VI

Mlle X..., fille-mère, deuxième pare, accouche dans le taxi qui la transporte à la maternité, le quatre juillet. Délivrance spontanée.



- OBS. VI -

L'examen du placenta montre une rétention d'une partie des membranes.

Le deuxième jour. Température 39°6 le soir. Pouls 120. cette température est attribuée à une piqûre de 2 cmc de propidon faite le matin.

Le troisième jour. Température 37°. Pouls 90. Des débris de membranes sont expulsés, les lochies ne sont pas fétides.

Le cinquième jour. Température 38°2. Pouls 110. L'exa-

men ne révèle rien, ni du côté des seins, ni du côté de l'utérus.

Le septième jour. La température atteint 39°, le matin et s'y maintient le soir. Pouls 120.

Les lochies sont un peu fétides, mais s'écoulent normalement ; l'utérus un peu gros est légèrement douloureux à la palpation.

TRAITEMENT. — Drainage et lavage intermittent toutes les deux heures.

Le huitième jour. Température 37°4 le matin. Pouls 80. Le soir, la température baisse jusqu'à 37°.

Au bout de quarante-huit heures d'apyrexie, on arrête les instillations de Dakin, le lendemain, les drains sont supprimés.

Le quinzième jour. La malade quitte le service, l'utérus involuant normalement.

(L'examen bactériologique du sang n'a révélé la présence d'aucun germe septique).

OBSERVATION VII

La suppuration de la muqueuse est plus prolongée

Mme M... Aline, primipare, 23 ans. Accouchement à terme fait en ville. Délivrance spontanée, complète.

Le deuxième jour. Température 38°. Céphalée légère.

Le troisième jour. Température 39° le soir. Lochies férides, sanguinolantes, utérus sensible à la palpation.

TRAITEMENT. — A domicile, deux drains sont posés, une irrigation intermittente au Dakin est instituée.

Le quatrième jour. Température 39°8, un frisson, sueurs. Pouls 120.

Le cinquième jour. Température 37° le matin, 39° le soir. Pouls 120. Utérus sensible, lochies abondantes et férides malgré le lavage.

Le sixième jour. La malade est transportée à l'hôpital sous bonne surveillance. Les drains sont enlevés, nettoyés et remis en place, puis on remplace l'irrigation intermittente au Dakin, par une irrigation continue à l'eau oxygénée diluée.

Conjointement, on fait, matin et soir, une injection intraveineuse de 10 cmc. de septicémine.

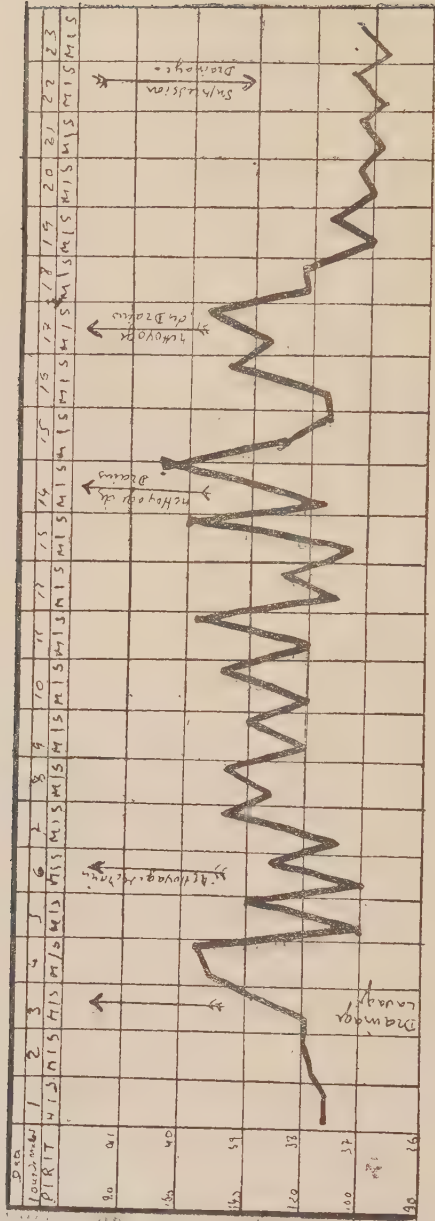
Jusqu'au treizième jour, aucune amélioration locale, l'utérus reste toujours douloureux, les lochies sont abondantes, brunâtres et férides.

Le quatorzième jour. Un frisson. Température 40°5. Pouls 120. Etat général reste bon.

Les drains sont de nouveau nettoyés, puis on continue le même traitement.

Le quinzième jour. Température 37°8, sans changement dans le tableau clinique.

Le seizième jour. Nouveau clocher à 39°8.



- 06s. 811 -

Le dix-septième jour. Les injections intraveineuses de septicémine sont remplacées par des injections intraveineuses d'Electrargol.

Le dix-huitième jour, la température descend à 37°.

Les jours suivants, amélioration nette dans l'ensemble, l'écoulement lochial diminue, la fétidité disparaît, l'utérus est moins sensible à la palpation.

Le vingt-deuxième jour. Après quatre jours d'apyrexie, tout traitement est supprimé.

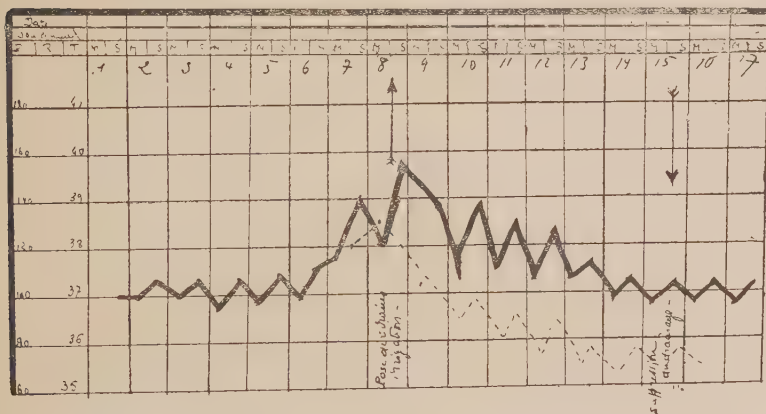
Le vingt-huitième jour, la femme quitte le service complètement guérie.

(L'examen bactériologique du sang n'a montré la présence d' aucun germe septique).

OBSERVATION VIII

Mme B... Louise, 25 ans, accouche normalement dans le service le 13 mars. Délivrance spontanée, complète.

Jusqu'au 19 mars, tout se passe normalement, l'involu-



— 063. VII —

tion utérine semble se poursuivre correctement quand, brusquement :

Le vingt mars. La température monte à 39° le soir. Pouls à 120. Céphalée.

Le vingt et un mars. Température 38° le matin, 39°8 le soir. Pouls 124.

Examen. — Dolorosité de l'utérus, les lochies deviennent couleur chocolat et sentent un peu mauvais. Pas d'autres signes d'infection.

TRAITEMENT. — Drainage et irrigation utérine intermittente au Dakin, sans traitement général.

Le vingt-deux mars. Température 37°2. Pouls 84. Le soir ascension thermique à 38°9.

Puis, progressivement, chute en lysis de la température.

Le vingt-sept mars, la température est à 37°. Pouls 70.

Le vingt-neuf mars, après quarante-huit heures d'apyrexie, les drains et l'irrigation sont supprimés.

L'utérus involue bien, l'écoulement lochial très diminué est inodore.

Le 1^{er} avril, la malade quitte le service après six jours d'apyrexie.

ENDOMÉTRITE SANS SUPPURATION.

SEPTICÉMIE A STREPTOCOQUES

OBSERVATION IX

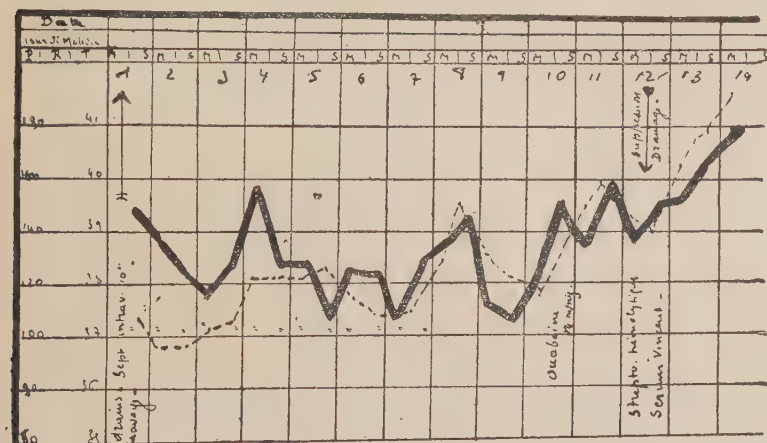
Mme M... Germaine, 22 ans. Deuxième pare. Accouchement fait par la mère à domicile. Pas de renseignements utiles sur l'accouchement.

Le quatrième jour, le médecin appelé d'urgence, constate une température à 39°, un pouls rapide, l'utérus gros et douloureux. Etant donné les circonstances, le médecin adresse l'accouchée à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Température 39°4. Pouls 110, pas de frisson.

Utérus gros, mou, indolore à la palpation, les lochies sont normales.

TRAITEMENT. — Introduction de drains dans la cavité utérine, irrigation continue à la solution iode-iodurée. Glace sur le ventre : 10 cmc. de septicémine intraveineuse matin et soir.



- Obs. -

Le cinquième jour. Température 38°8. Pouls 98.

Le sixième jour. Température 38° le matin, 38°4 le soir. Pouls 104.

Le septième jour. Un frisson prolongé, température 39°8. Pouls 124. Le drainage et le lavage fonctionnent bien. Rien n'est changé au traitement.

Le huitième et le neuvième jour. La température semble vouloir descendre, 37°5, 38°5, mais le pouls reste à 130 et l'état général devient mauvais. Un frisson tous les jours. Localement, rien n'explique ce tableau.

Le dixième jour. Pas de frisson, température 37°4. Pouls 124. Altération progressive de l'état général.

Le onzième jour. La température remonte à 39°2. Pouls 140. Le drainage est vérifié.

Le douzième jour. La température tombe à 37°5 le matin, 37°3 le soir, le pouls demeure rapide et s'affaiblit, on fait

une injection d' $1/4$ de mmg. d'ouabaine intraveineuse. Une hémoculture est faite.

Le treizième et le quatorzième jour, la température remonte pour atteindre 40° . Pouls 160.

Le quinzième jour, on reçoit la réponse du laboratoire :
Hémoculture : streptocoques hémolytiques.

Les drains sont supprimés. On institue un traitement sérothérapique : 60 cmc. intraveineux de sérum de Vincent et 120 cmc. sous la peau.

Température : $40^{\circ}9$. Pouls incomptable. Etat désespéré.

Le seizième jour. La malade est ramenée chez elle où elle meurt deux jours plus tard.

DRAINAGE ET LAVAGE APRÈS CURETTAGE

OBSERVATION X

Mme G... Jeanne, 29 ans. Accouchement à terme en ville le 3 septembre. Placenta déchiqueté. Le médecin fait une révision utérine et ramène quelques débris placentaires.

Les trois premiers jours : la température oscille entre 38° et $38^{\circ}5$. Pas de frisson, pas d'hémorragie, utérus un peu gros, indolore.

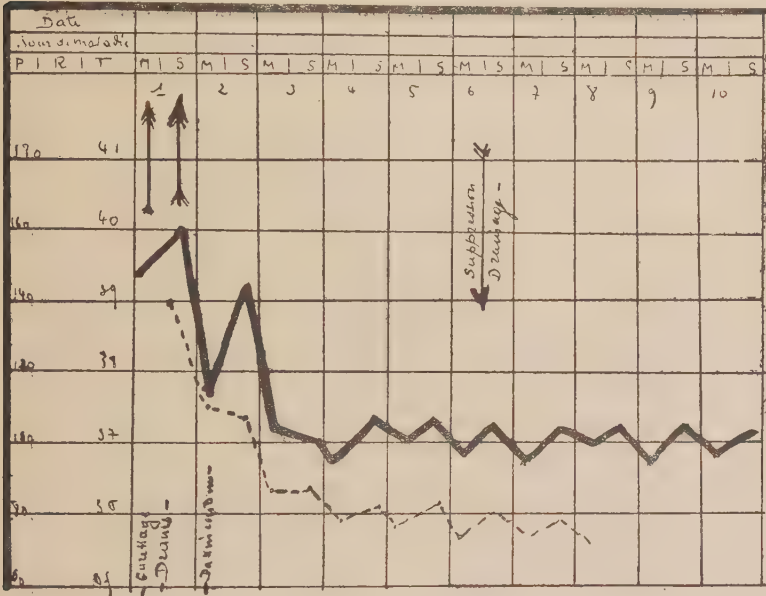
Une injection chaude, vaginale est donnée tous les jours par le médecin.

Le 9 septembre, la température monte à $39^{\circ}5$, la femme saigne un peu. Le médecin prudemment nous l'adresse à l'hôpital, avec le diagnostic de rétention placentaire probable.

Examen à l'entrée. — Température 40° . Pouls 120. Pas de frisson. L'hémorragie continue. L'utérus remonte à 6 travers de doigt au-dessus de la symphyse et est légèrement douloureux. Le col est largement perméable. Un curettage est aussitôt pratiqué sous anesthésie générale. La curette ramène quelques débris placentaires. Le curettage est suivi d'un écou-

villonnage à la teinture d'iode et des drains sont posés, une instillation continue pratiquée.

Le lendemain matin : température $37^{\circ}8$. Pouls 110, le soir $39^{\circ}2$, l'hémorragie est arrêtée, le lavage ramène encore quelques débris placentaires.



- obs. X -

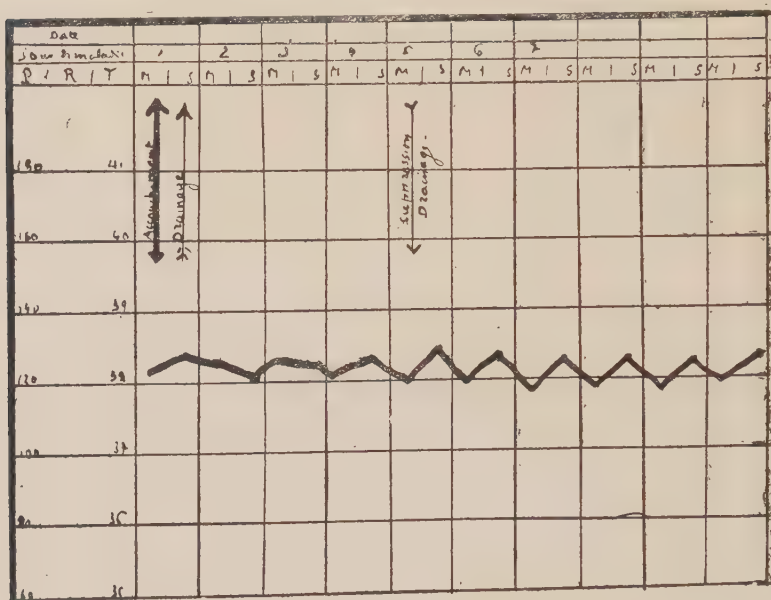
Le surlendemain, chute de la température à $37^{\circ}2$. Pouls à 80. Après quarante-huit heures d'apyrexie, tout traitement est supprimé et la femme sort de l'hôpital après dix jours d'hospitalisation, complètement guérie.

DRAINAGE ET LAVAGE A TITRE PRÉVENTIF

OBSERVATION XI

Mme G..., troisième pare, dont j'ai signalé l'observation plus haut (observ. III), a présenté au cours de ses deux premiers accouchements, une endométrite puerpérale.

Le troisième accouchement le 2 septembre. Normal. Délivrance spontanée, complète.



- 065 XI -

Des drains sont placés aussitôt après la sortie de l'arrière-faix, sans irrigation.

La température demeure normale, l'involution utérine est bonne, les lochies ont leur odeur *sui generis*.

Le cinquième jour, les drains sont supprimés et le quinzième jour, la femme quitte la maternité sans avoir présenté le moindre accident infectieux.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre puerpérale n'est plus le fléau si redouté dans la première moitié du siècle dernier. Les cas graves se font, fort heureusement, de plus en plus rares, grâce aux mesures prophylactiques dont s'entourent les sages-femmes, les médecins, les accoucheurs.

II. — Si cette redoutable complication n'a pu être évitée, il est du devoir de l'accoucheur de la traiter dès le début, en favorisant par le drainage l'écoulement des produits septiques de la cavité utérine et par le lavage la désinfection de sa muqueuse.

III. — Il ne faut jamais se décourager, même dans les cas qui paraissent désespérés, il faut à notre avis persister dans le traitement local, la guérison est la règle, exception faite des cas heureusement rares, où l'infection a franchi la barrière leucocytaire et gagné le torrent circulatoire.

IV. — Sans être une contre-indication, nous considérons les infections puerpérales post-abortum, comme faisant plus partie du domaine chirurgical pur (curettage, hystérectomie).

V. — Toutes les fois que les circonstances le permettent nous envisageons le drainage à titre préventif chez les multipares ayant présenté une infection puerpérale à leurs accouchements antérieurs.

VI. — Parallèlement au traitement local dans les endométrites, nous envisageons et conseillons l'institution d'un traitement général.

VII. — En mettant au point ce nouveau dispositif de drainage nous avons essayé de remédier aux imperfections que nous reprochons aux différents dispositifs jusqu'à maintenant employés.

Notre dispositif réalisable extemporainement est facile dans son application et possède par sa robustesse et sa forme les qualités que l'on demande aux drains utérins.

En outre, il améliore considérablement la technique de l'irrigation utérine, et partant favorise une meilleure désinfection de la muqueuse.

Il nous semble que les quelques observations que nous publions, prises parmi tant d'autres sont suffisamment édifiantes sur l'efficacité de ce nouveau dispositif de drainage et de lavage utérin dans l'infection puerpérale.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — Gynécologie et obstétrique, 1921.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELAN. — La pratique de l'art des accouchements.
- BÉNOIT. — Thèse, Paris 1922.
- BERNARD. — Les affections puerpérales à la Faculté de Lausanne. Thèse, 1926.
- BESSON. — Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale. Thèse, Bordeaux, 1922.
- CHOMÉ. — Les formes septicémiques de l'infection puerpérale et leur traitement (Clinique Tarnier).
- DELMAS. — De la thérapeutique intra-utérine de la fièvre puerpérale (Le Monde Médical, 1924).
- DEMLIN. — Thérapeutique utérine de l'Infection puerpérale (Le Monde Médical, 1922).
- DÖDERLEIN. — Handbuch der Geberstriefe, 1920.
- ELGART-JAROSLAV. — Permanent drainage of uterus and metroclyst in puerperal infection (Rozhl. c. Chir. a gynäk, East Gynaecol, 11 : 65-75-1932).
- FONTEILLES A. E. M. — Du drainage de l'utérus dans les métrites aiguës puerpérales post-partum et post-abortionum (Thèse de Paris, 1903-1904).
- GOLOT M. — Le drainage de l'utérus puerpéral par la position renversée (Thèse de Paris, 1916-1917).
- GUILLAUME. — Le traitement de l'infection puerpérale. Archives médico-chirurgicales de Provence, 1925.
- HAMM. — Traitement chirurgical ou médical de l'endométrite post-partum (Le médecin d'Alsace et de Lorraine, Septembre 1927).

HAUCH. — Congrès de la fièvre puerpérale, 1923.

HOUMOUZIADIS. — Le traitement local dans l'infection puerpérale post-partum (Thèse, Montpellier, 1926).

HOBBS (A.R.). — Method of draining septic uterus (Brit. MJ2 : 1923. Déc. 1931, 1927).

LAPEYRE et BESSON. — Traitement de l'infection puerpérale post-partum (Gazette médicale du Centre, mai 1923).

MONTAGNE (J.). — Onze cas d'infection puerpérale ; vaccination locale ; emploi d'un drain type « Carrel » pour instillation in utero. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 21 juillet 1932).

RIBEMONT-DESSAIGNES-LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.

WIGGER (C.). — Technic and value of uterine drainage in puerperal infection (Zentralbl. f. Gynäk, 53, April 1929).

